

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N° 347

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 28 juillet 1892, à 1 heure

Par GASTON VANDAELE

Né à Saint Pierre-Brouck (Nord)

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Ancien interne des hôpitaux du Havre

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

De la Bourse Séreuse Préthyroïdienne
ET DE SON HYGROMA

Président : M. GUYON, professeur.

*Juges : MM. } RICHELOT, professeur.
 } SCHWARTZ, NÉLATON, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1892



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552004_0013

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1892

THÈSE

N^o

347

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 28 juillet 1892, à 1 heure

Par GASTON VANDAELE

Né à Saint Pierre-Brouck (Nord)

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Ancien interne des hôpitaux du Havre

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

De la Bourse Séreuse Préthyroïdienne
ET DE SON HYGROMA

Président : M. GUYON, professeur.

*Juges : MM. } RICHELLOT, professeur.
 } SCHWARTZ, NÉLATON, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TILLAUX.
Thérapeutique et matière médicale.	N.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfant	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEYS	POIRIER, chef	RICARD
BRISAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DÉJERINE	MARIE	RETTÉ	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GUYON

Chirurgien à l'hôpital Necker
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEPREVOST

Chirurgien de l'hospice général du Havre
Membre correspondant de la Société de Chirurgie

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
Bourse Sèreuse Préthyroïdienne
ET DE SON HYGROMA

PREMIÈRE PARTIE

I. — INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le cours de nos études une de ces tumeurs du cou dont le siège exceptionnel correspond exactement à l'angle du cartilage thyroïde. Ignorant la nature de cette affection, nous en avons recherché dans les auteurs une description tant soit peu détaillée, mais nous nous sommes rapidement aperçu qu'il n'existait sur ce sujet intéressant que des notes éparses. C'est ainsi que nous avons été amené à faire de ces tumeurs l'objet de ce modeste travail.

Nous nous sommes tout simplement proposé de condenser le résultat de nos recherches, sans avoir d'ailleurs la prétention de nous prononcer d'une

manière absolue entre les diverses opinions émises par des auteurs éminents.

Conduit à discuter cette importante question, nous avons cru utile d'entrer en matière par une description anatomique de la région aussi détaillée que possible.

Plus loin, cherchant à démontrer l'existence autonome de cette variété de kystes, nous avons surtout insisté sur les raisons qui nous permettent d'en établir le diagnostic différentiel d'avec les tumeurs d'origine congénitale.

Nous avons été obligé, pour des circonstances particulières, d'achever ce travail plus rapidement que nous ne l'aurions désiré ; par conséquent nous avons dû nous contenter d'indiquer en passant quelques-uns des *desiderata* que nous aurions voulu remplir.

Avant de commencer, qu'il nous soit permis d'adresser tous nos remerciements à M. le professeur Guyon, notre président de thèse et cher maître, et à tous nos maîtres dans les hôpitaux de Paris et dans les hôpitaux du Havre. Nous exprimons tout particulièrement notre reconnaissance à M. le Dr Leprévost, chirurgien de l'hospice général du Havre, non seulement pour avoir bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse inaugurale et nous avoir communiqué sur cette question le résultat de ses recherches personnelles, mais aussi et surtout pour les excellents principes que nous avons puisés dans ses leçons.

II. — HISTORIQUE

C'est Bécлар qui le premier décrit en avant de la Pomme d'Adam, une bourse muqueuse capable de devenir le siège d'une hydropisie. En précisant bien la situation exacte de cette cavité, Bécлар permit de séparer nettement cette affection des tumeurs si fréquentes dans cette région, et qui toutes jusqu'alors avaient été confusément rapportées à la glande thyroïdienne.

Avec Boyer, l'étude des tumeurs kystiques de la région cervicale antérieure et supérieure fut sérieusement reprise et elle a depuis continuellement attiré l'attention des chirurgiens. Quantité d'auteurs se sont occupés de ces affections, soit qu'ils aient voulu établir aussi rigoureusement que possible leur siège exact, soit qu'ils aient tenté d'éclairer leur pathogénie, soit qu'il aient eu surtout en vue leur mode de traitement. Qu'il nous suffise de citer les noms de Boyer (1), de Dupuytren (2), de Laugier (3), de Vidal (4), de Nélaton (5), de Velpeau (6); les

1. *Traité des maladies congénitales*. T. V.

2. *Revue médicale*. T. I, 1834.

3. *Dict.* en 30 vol., art. *Cou*.

4. *Traité de Path. Externe*, T. III.

5. *Traité de Path. Externe*. T. V. (1^{re} édition).

6. *Annales de la chirurgie française*. T. VII.

monographies de Marchessaux et Fleury (1), de Voillemier (2), de Mossel (3), la thèse de Affre (4), celles de Huberson (5), de Dumoulin (6) et de Boucher (7). Enfin citons l'important travail publié par MM. Lannelongue et Achard sur les *kystes congénitaux*. Mais le plus grand nombre d'entre eux se sont surtout occupés des kystes de la région thyro-hyoïdienne, et ont complètement passé sous silence l'hygroma de la bourse séreuse de Béclard.

M. le professeur Verneuil fit cependant faire un pas à la question en consacrant à la bourse préthyroïdienne plusieurs pages d'un mémoire important, inséré dans les *Archives de médecine* de 1853, et auquel, nous le disons tout de suite, nous ferons plus d'un emprunt.

Nié par quelques-uns, admis sans conteste, comme sans preuve d'ailleurs, par d'autres, l'hygroma préthyroïdien fut donc absolument négligé par la plupart des auteurs. C'est à combler cette lacune de la pathologie que vont tendre nos efforts; nous essaierons de montrer :

1. *Archives générales de méd.*, 1839.

2. *Thèse de concours*, 1851.

3. *Kystes séreux du cou*. Thèse de Paris, 1868.

4. *Des kystes thyro-hyoïdiens*. Thèse de Paris, 1875.

5. Thèse de Paris, 1837.

6. *De quelques productions hétérotopiques*. Thèse de Paris, 1866, n° 256, obs. I, p. 22

7. Thèse de Paris, 1868.

Qu'il existe une bourse séreuse préthyroïdienne.

Que cette bourse séreuse peut devenir le siège d'un hygroma.

Et que cet hygroma peut s'enflammer et suppu-
rer.

III. — CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

Avant de faire l'histoire de l'hygroma préthyroïdien et pour être à même de discuter avec plus de certitude la valeur des opinions émises jusqu'à ce jour sur l'origine de cet épanchement, nous croyons utile de rappeler les divers éléments qui existent à l'état normal dans la région qui nous occupe. Nous insisterons particulièrement sur les bourses séreuses et les glandes qu'on peut y rencontrer. Toutefois nous limiterons exactement nos recherches au point qui nous intéresse, et nous omettrons volontairement toute considération anatomique qui ne se rapporterait pas d'une façon directe à notre sujet. Seule la *région thyroïdienne* doit nous occuper.

Nous dirons tout d'abord quelques mots sur le procédé qui nous a paru le plus convenable pour la dissection assez délicate de cette petite région. L'on peut en effet, mettre à nu la bourse séreuse préthyroïdienne par trois méthodes assez différentes. Deux d'entre elles nous semblent défectueuses pour les raisons que nous allons indiquer.

Le premier procédé consiste à faire, à un centimètre au-dessous de la saillie du cartilage thyroïde une incision transversale dépassant la ligne médiane de chaque côté de deux centimètres environ. Puis

aux extrémités de cette première incision d'en élever une autre perpendiculaire et mesurant trois centimètres. On relève ensuite le petit lambeau quadrilatère ainsi dessiné. L'inconvénient consiste ici en ce que, la peau étant une fois enlevée, et les tissus qu'on rencontre ensuite étant trop tenus, la pince n'a plus de prise pour tendre les brides fragiles qui séparent les aréoles du tissu cellulaire ou constituent leurs parois, et l'on est exposé à créer de toutes pièces une bourse séreuse qui est peut-être très petite ou n'existe qu'à l'état rudimentaire.

La seconde méthode consiste à pratiquer sur la ligne médiane une incision verticale de trois ou quatre centimètres, et dont le milieu correspond à la partie la plus saillante du cartilage thyroïde. Ici l'on est surtout exposé à sectionner la fine lamelle celluleuse qui constitue parfois l'unique mur de séparation entre la bourse séreuse préthyroïdienne et la bourse de Boyer, placée immédiatement au-dessus d'elle.

Nous croyons qu'il est de beaucoup préférable de procéder de la façon suivante. On fait au niveau même de la saillie de la pomme d'Adam une incision transversale se prolongeant à deux centimètres de chaque côté de la ligne médiane.

Les bords de la plaie ainsi produite s'écartent facilement et d'eux-mêmes. Chacun d'eux est saisi entre les mors d'une pince et attiré en avant ; puis, couche par couche et à petits coups de bistouri on arrive sur la bourse séreuse dont les bords ainsi

maintenus tendus laissent voir sa cavité plus ou moins cloisonnée.

En procédant ainsi, l'on trouve d'avant en arrière :

1^o *Peau et couche sous-cutanée.* — La peau de la région sous-hyoïdienne est fine, souple, mobile et dépourvue de poils. Elle renferme un petit nombre de follicules sébacés et diffère bien sous ce rapport de celle qui recouvre la région sus-hyoïdienne et qui est assez fréquemment le siège de kystes dus à l'oblitération du conduit excréteur de ces follicules. Elle est doublée d'une couche de tissu adipeux dont l'épaisseur varie suivant les sujets, et qui, suivant Richet, est très peu abondant ou n'existe même pas du tout au niveau de l'angle saillant du cartilage thyroïde. Chez les enfants jeunes ce tissu adipeux rare chez les uns où il se réduit à quelques vésicules disséminées sur la ligne médiane, forme chez d'autres une couche assez épaisse, surtout au niveau des parties latérales et inférieures. Une disposition analogue se rencontre chez la femme jeune, et chez laquelle le tissu cellulo-adipeux est suffisamment développé. Chez les femmes maigres, cette couche peut être très mince, disposition qui se rapproche beaucoup de ce qui existe normalement chez l'homme. Chez celui-ci, dans la majorité des cas, tout tissu adipeux fait défaut ; on ne trouve au-dessous du derme qu'un tissu cellulaire fin et à aspect aréolaire ; ces aréoles sont lâches et peuvent assez facilement être distendues, soit par insufflation sous-

cutanée, soit par injection aqueuse faite avec un peu de force.

Au-dessous de ce tissu cellulo-adipeux, entre deux feuillets de tissu conjonctif, décrit partout sous le nom de fascia superficialis, on trouve, surtout en haut et en dehors, les fibres internes du muscle peaucier, et longeant les sterno-cleido mastoïdiens, la veine jugulaire antérieure lorsqu'elle existe. Comme le fait remarquer Corson (1), à ce niveau les fibres du peaucier sont très rares, et lorsqu'elles existent, elles offrent une pâleur si prononcée que leur aspect semble plutôt fibreux que musculaire.

2° *Aponévrose cervicale et muscles.* — Au dessous se trouve l'aponévrose superficielle, plus marquée chez l'homme que chez la femme; elle recouvre les muscles cleido-hyoïdiens, rapprochés l'un de l'autre vers leur insertion supérieure, tandis que les muscles thyro-hyoïdiens, situés au-dessous des précédents, sont séparés à la même hauteur par un intervalle considérable. Affre (2), citant Richard, fait remarquer en passant qu'il n'existe là aucun ganglion lymphatique susceptible de donner naissance à un kyste, ainsi qu'on l'a prétendu dans certains cas; le seul ganglion, situé sur la ligne médiane, et parfaitement décrit par Sappey, siège plus haut, entre les deux muscles digastriques.

1. Corson. *De la bourse séreuse préthyroïdienne et de son hygroma.* Thèse 1877.

2. Affre. *Des kystes thyro-hyoïdiens.* Thèse 1875, T. I.

Ajoutons qu'on peut encore rencontrer à ce niveau la pyramide de Lalouette. D'après MM. Verneuil et Corson on la trouverait très rarement.

Corson sur vingt-cinq cadavres ne l'a observée que trois fois. Dans deux cas elle était représentée par un petit cordon légèrement latéral et d'aspect rougeâtre se terminant sur la membrane thyro-hyoïdienne; chez un troisième sujet cette pyramide avait un aspect granuleux et était cette fois parfaitement médiane à son extrémité supérieure qui adhérait à l'échancrure du thyroïde; son volume était environ celui d'une plume de corbeau; elle se continuait en bas avec une glande hypertrophiée.

Nous-même, sur quarante sujets qui ont fait l'objet de nos recherches, avons seulement constaté trois fois la présence de ce prolongement de la glande thyroïde au devant du cartilage du même nom. Encore, dans l'un de ces trois cas, la pyramide de Lalouette restait distante de la Pomme d'Adam de un centimètre environ. Dans les deux autres où son volume ne dépassait pas celui d'une aiguille à tricoter, elle remontait au niveau de la face latérale droite du cartilage jusqu'à un centimètre au-dessus de sa partie la plus saillante et se terminait dans l'aponévrose recouvrant le bord interne du muscle thyro-hyoïdien. Placée par conséquent sous le muscle sterno-hyoïdien, elle était immédiatement appliquée sur la face latérale correspondante de la séreuse préthyroïdienne. La glande à laquelle elle faisait suite n'était ici nullement hypertrophiée.

3° *Cartilage thyroïde et bourse séreuse.* — Nous ne rappellerons pas ici toutes les modifications de forme et de dimension du cartilage thyroïde. Nous dirons seulement, d'une façon générale, que son volume est plus considérable chez l'homme que chez la femme. Dans le même ordre d'idées, nous ferons également remarquer que chez lui aussi la saillie de la pomme d'Adam est beaucoup plus prononcée, et cela d'une façon absolue, quelle que soit la richesse ou la pauvreté du tissu cellulo-adipeux sous-cutané. Il est de plus un fait, comme le remarque Corson, qui au point de vue où nous nous sommes placé, mérite une attention spéciale : c'est que la saillie de l'angle du thyroïde est essentiellement variable d'un sujet à l'autre. C'est surtout lorsque son relief est très accentué, et nous dirions volontiers disgracieux, que l'on rencontre la disposition lacunaire sur laquelle nous allons maintenant appeler l'attention. Nous ajouterons cependant que chez plusieurs femmes, par conséquent chez des sujets où le tissu cellulo-adipeux était abondant et où l'angle du cartilage était peu saillant, nous avons rencontré la bourse séreuse préthyroïdienne parfaitement développée.

Quand le scalpel a ainsi sectionné couche par couche tous les tissus que nous venons d'étudier, les lèvres de la plaie s'écartent l'une de l'autre de plus de un centimètre au niveau de la ligne médiane, et laissent voir dans leur intervalle l'aponévrose cervicale moyenne. L'on maintient celle-ci tendue

en élevant les bords de l'incision. Un léger coup de pointe divise cette aponévrose et l'on a sous les yeux la bourse séreuse.

Commune d'après les uns, très rare pour d'autres, elle existerait, d'après Corson (1), chez la moitié des individus adultes. Son degré de fréquence est d'autant plus prononcé qu'on la recherche chez des sujets plus âgés. « Dès vingt-cinq ans, dit-il, la disposition lacunaire du tissu cellulaire devient constante ; la coupe montre en effet la face profonde du derme rattachée seulement par quelques brides à la saillie cartilagineuse.

De là à une véritable bourse séreuse il n'y a qu'un pas, et ce pas est franchi une fois sur deux, dans un âge plus avancé. A partir de 40 ans environ, la coupe transversale montre sur près de la moitié des sujets une petite cavité, parfaitement lisse, siégeant au niveau de la Pomme d'Adam. »

Nous n'avons pu, faute de sujets, rechercher le degré de fréquence de la bourse séreuse préthyroïdienne chez les enfants. Toutes nos dissections ont porté sur des hommes et des femmes adultes, de sorte que nous ne pouvons, à notre grand regret, émettre une opinion personnelle sur ce point d'anatomie. Nous nous bornerons à citer Béclard (2) : « Ces bourses, dit-il, se développent de très bonne heure ; elles existent à l'époque de la naissance, et sont alors très aisées à apercevoir, à cause du liquide

1. *Loc. cit.*

2. Béclard, *Anatomie générale*, p. 203. Edition 1861.

assez abondant qui les humecte. » Cependant, *a priori*, nous ne croyons pas pouvoir admettre d'une façon absolue l'opinion de Béclard, nous appuyant sur ce fait que cette bourse séreuse nous est toujours apparue avec un degré de fréquence d'autant moins prononcé qu'on la recherchait chez les individus plus jeunes.

Exposons maintenant le résultat de nos recherches personnelles.

Parmi les 40 sujets sur lesquels ont porté nos dissections, il y avait 28 hommes et 12 femmes.

De ces 28 hommes, 24 dépassaient la trentaine et le plus jeune des autres avait 20 ans.

Des 12 femmes, 9 avaient plus de 40 ans : des trois autres, 2 avaient 25 ans et la troisième 26.

Sur les 28 hommes 16 portaient une bourse séreuse préthyroïdienne. Nous dirons tout de suite qu'elle n'avait pas chez tous le même degré de développement, mais chez les sujets qui ont servi à établir cette proportion, nous l'avons scrupuleusement constatée. Elle n'existait pas chez un jeune homme de 20 ans, et elle était à l'état rudimentaire chez les onze autres individus.

Sur les 12 femmes nous avons trouvé la bourse séreuse quatre fois seulement. L'une d'entre elles avait 26 ans, les trois autres dépassaient la cinquantaine.

En résumé, sur nos quarante dissections, nous avons trouvé vingt fois une bourse séreuse préthyroïdienne, c'est-à-dire une fois sur deux.

Elle est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. En effet, nous l'avons trouvée 16 fois sur 28 hommes, c'est-à-dire $1,3/4$ fois sur 2 pour les premiers, tandis qu'elle n'existait que dans la proportion de 1 sur 3 pour les secondes.

Nous venons d'établir que la bourse séreuse pré-thyroïdienne existe, nous allons voir maintenant sous quel aspect elle se présente, et quels sont ses rapports avec les organes qui l'entourent.

Le plus ordinairement placée au devant de l'angle du cartilage thyroïde, elle n'offre pas toujours à l'œil qui plonge dans sa cavité un aspect régulièrement lisse. C'est à juste titre, croyons-nous, que M. Corson (1), après avoir écrit que la face interne de cette séreuse lui était toujours apparue lisse et partement unie, ajoute cette restriction : « Il y a là sans doute une lacune dans nos recherches, car tout porte à penser que, créée par une rupture de brides celluluses, cette poche doit à une période de son développement se montrer irrégulière et anfractueuse. » L'on voit, en effet, assez fréquemment de petites brides celluluses sillonner la cavité principale et la diviser en plusieurs loges secondaires. Alors même que la séreuse est arrivée à son plus complet développement, qu'il n'existe qu'une cavité unique, l'on peut encore constater sur toute la circonférence de celle-ci, dans les points où elle s'unit aux tissus voisins, quelques tractus fibreux, derniers vestiges de

1. Corson, *loc. cit.*

cette disposition lacunaire dont nous venons de parler.

Fortement adhérente en arrière au cartilage thyroïde dont elle ne peut être séparée, quoi qu'en ait dit Velpeau (1), elle est libre en avant où elle glisse en suivant les mouvements du larynx sur la face postérieure de l'aponévrose cervicale moyenne, entre les muscles sterno-hyoïdiens sous lesquels elle s'enfonce latéralement, gagnant parfois le bord antérieur des thyro-hyoïdiens. Nous avons à plusieurs reprises rencontré cette disposition que nous avait déjà signalée M. le Dr Leprévost. En bas, elle descend quelquefois jusqu'à un centimètre et demi au-dessous de la Pomme d'Adam. En haut, son étendue au-dessus de la même saillie n'est jamais aussi considérable ; elle ne la dépasse guère de plus de un demi centimètre. A ce niveau, sauf les cas où la bourse séreuse préthyroïdienne est de petites dimensions, la ligne de démarcation est assez difficile à établir entre elle et la bourse de Boyer. Les brides celluleuses qui les séparent l'une de l'autre, sont parfois si fines et se laissent si facilement rompre, par des tractions même peu énergiques, que l'on serait aisément porté à croire que les deux cavités n'en font qu'une seule. C'est à cette idée que semble s'être arrêté M. le professeur Sappey (2), lorsqu'il écrit dans son *Anatomie descriptive* : « La Pomme d'Adam répond à la peau

1. Velpeau, *Annales de la Chirurgie française*, t. VII, 1849.

2. Sappey. *Anat. Descriptive*, p. 397, t. IV.

dont la sépare une bourse séreuse qui remonte jusqu'à l'os hyoïde, derrière lequel elle s'engage. Cette bourse séreuse, qui existe déjà à la naissance, appartient bien plus au ligament thyro-hyoïdien qu'au cartilage lui-même. Elle a pour usage de faciliter le glissement du bord supérieur de celui-ci sur la partie postérieure du corps de l'os hyoïde, au moment de la déglutition ». Cependant nous croyons que par une dissection délicate, on peut assez facilement se convaincre que la séparation entre les deux bourses séreuses est suffisamment marquée. C'est l'opinion émise depuis longtemps par Velpeau (1) qui considérait la bourse séreuse préthyroïdienne comme une des cavités les plus isolables qui existent.

L'examen histologique de la face interne de cette bourse séreuse n'a pas été fait à l'état normal; il devrait du reste donner les mêmes résultats que pour les autres séreuses de l'économie. D'après Ranvier (2), les cavités séreuses qu'on peut considérer comme creusées au milieu du tissu conjonctif sont en réalité tapissées d'un épithélium, désigné par His sous le nom d'endothélium, pour en marquer la différence embryogénique; ces cellules épithéliales sont pavimenteuses, à une seule couche, aplaties et lamelleuses, et au-dessous de ces lamelles apparaissent des noyaux.

Nous venons d'exposer assez longuement le résul-

1. *Annales de la chirurgie française*, t. VII, 1849.

2. Ranvier, *Histologie Pathologique*, t. I, 1869.

tat de nos recherches personnelles, voyons maintenant ce que les auteurs ont écrit sur le sujet qui nous intéresse. Nous ne pouvons mieux faire à cet égard que de citer textuellement M. le professeur Verneuil (1) :

« Tous les auteurs qui ont parlé des bourses séreuses depuis Béclard, décrivent, d'après ce grand anatomiste, une cavité de ce genre, *sous-cutanée* et située au devant de la saillie du cartilage thyroïde ; c'est en vain, cependant, que j'ai cherché une description tant soit peu détaillée de cette bourse séreuse. Béclard, qui parle de cette modification du tissu cellulaire dans son *Anatomie générale* (2), ne fait qu'annoncer son existence devant le cartilage thyroïde, en même temps qu'il énumère toutes les bourses synoviales qui se rencontrent sous la peau, partout où cette membrane recouvre des parties qui exercent de grands et fréquents mouvements ; il est même assez curieux que le même auteur n'en parle plus à l'article *Cou* du *Dictionnaire en 30 volumes* (3).

« Ollivier (4) copie Béclard sans entrer dans de plus grands détails.

« M. Huberson me paraît seul avoir bien disséqué cette région. Après avoir admis comme constante la bourse séreuse sous-cutanée de Béclard, il

1. *Archives de Méd.*, loc. cit.

2. Page 203. Edition de 1823.

3. *Dict. en 30 vol.*, art., *Cou*, t. IX.

4. Bourses muqueuses. *Dict. en 30 vol.* T. V.

ajoute (1): « J'ai trouvé cette bourse ainsi disposée: après avoir enlevé la peau, j'ai rencontré une petite cavité de six lignes de diamètre placée au-devant des muscles sterno-thyroïdiens; au centre de sa paroi postérieure, se trouvait une petite ouverture qui faisait communiquer cette poche avec une autre toute semblable, placée derrière ces mêmes muscles, et au-devant du cartilage thyroïde et de la membrane thyro-hyoïdienne. »

Malgaigne (2) ne parle point de la bourse sous-cutanée de Béclard.

« Padieu, auteur d'une thèse estimée sur les bourses séreuses sous-cutanées et leurs maladies (3), y énumère la bourse de Béclard en passant. Nélaton et les auteurs du *Compendium de chirurgie* ne sont pas plus explicites.

« Velpeau (4) donne quelques détails de plus sur le sujet qui nous occupe. « La seule cavité celluleuse sous-cutanée du cou, et qui se voit sur la saillie du cartilage thyroïde, est une des plus isolables qui existent; les tissus sont tellement mobiles dans ce lieu, que le cartilage ne contracte presque jamais d'adhérence avec eux, et que la cavité muqueuse qu'ils font naître glisse aussi bien sur lui par sa région

1. Thèse inaugurale, 1837, p. 11 (*Des bourses celluleuses sous-cutanées et de leurs maladies*).

2. *Anatomie chirurgicale*, t. II, p. 40; 1878.

3. Thèse de Paris, 1839, p. 3.

4. *Recherches sur les cavités closes* (*Annales de la chirurgie française*). T. VIII, p. 177, 1843.

postérieure que sur la face profonde de la peau par sa région antérieure ».

Lorsque Vidal écrivait dans son *Traité de Pathologie externe* (1) : « Je suis porté à croire que ce que dit Boyer des tumeurs enkystées qui se développent entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde, se rapporte à une maladie d'une de ces cavités closes », il parlait, d'après Verneuil (2) du développement morbide de la *bourse muqueuse thyroïdienne* décrite par Béclard. Vidal, dans plusieurs pages de son livre, fait encore allusion à des tumeurs de cette bourse muqueuse, dont le développement, dit-il, peut simuler le goître. « Nous n'avons pas rencontré dans nos recherches, dit Verneuil, de faits explicites à cet égard ; nous admettons la possibilité de tumeurs reconnaissant cette origine, mais nous attendons la démonstration anatomique de cette variété. »

« Ajoutons que les traités d'anatomie descriptive que j'ai consultés sont muets sur ce point. Les citations qui précèdent tendent à établir l'existence d'une bourse séreuse *sous-cutanée*, placée au-devant de l'angle du cartilage thyroïde. Les auteurs négligent de dire si elle est constante, ou si elle se rencontre seulement chez les sujets qui ont la *Pomme d'Adam* très saillante ; au reste, j'admettrais volontiers, surtout dans cette dernière circonstance, l'existence de cette cavité celluleuse, que j'appelle-

1. T. III, pages 659 et 675, édition 1851.

2. *Arch. de méd.*, 1853.

rai *anté-thyroïdienne*, pour la distinguer bien nettement. Voyons cependant ce que la dissection m'a montré ; sur huit ou dix sujets que j'ai examinés jusqu'à ce jour, les résultats ont été à peu près négatifs ; la peau enlevée, j'ai trouvé un tissu cellulaire lamelleux, lâche et très mobile, au-devant de l'angle du thyroïde ; mais je n'ai presque jamais pu, par l'insufflation ou la dissection, isoler une cavité distincte. Deux fois seulement chez l'homme, j'ai vu le tissu cellulaire former dans ce point des aréoles très-lâches ; de là à la formation d'une poche, il n'y avait, je dois le dire, qu'un degré.

« Dans un seul cas, j'ai pu isoler une vraie cavité irrégulière, mal circonscrite, mais assez vaste, chez un vieillard dont l'appareil laryngien était très saillant et très développé. Tout en admettant la possibilité de la bourse synoviale anté-thyroïdienne de Bécлар, je la regarde comme beaucoup plus rare qu'on ne le pense, puisqu'elle a manqué absolument sur plus des deux tiers des sujets que j'ai examinés. »

Marchessaux et Fleury, dans un travail publié en commun et paru dans les *Archives de médecine* de 1839, décrivent longuement toutes les variétés de tumeurs kystiques du cou, sans signaler cependant l'existence de l'hygroma préthyroïdien.

Les travaux publiés depuis l'important mémoire de Verneuil n'ont pas fait beaucoup avancer la question. Dans leur *Traité d'anatomie descriptive*, Cruveilhier la passe sous silence, et M. Sappey n'en parle que pour la confondre avec la bourse séreuse

décrite par Boyer. Indiquée (mais rien de plus et en passant seulement) par MM. Marc Sée (1), E. Kœberlé (2) et Tillaux (3), la bourse préthyroïdienne n'a pas, dit Corson (4), attiré l'attention du professeur Richet; nous lisons, en effet, à la page 635 de la 5^e édition de son *Anatomie médico-chirurgicale*: « On peut même dire que le canal laryngo-trachéal est plongé au milieu d'une atmosphère celluleuse à larges mailles qui n'est pas sans une certaine analogie avec les bourses dites séreuses; cette atmosphère se continue avec le tissu cellulaire des médiastins ».

Nous devons ajouter cependant que la bourse séreuse préthyroïdienne a été soupçonnée par M. le professeur Duplay. Dans son *Traité de pathologie externe* (5), il dit: « Les hygromas du cou, c'est-à-dire les collections formées dans les bourses séreuses affectent pour siège la ligne médiane, au niveau du cartilage thyroïde et de la membrane thyrohyoïdienne... »; et plus loin: « Il faut décrire deux variétés de kystes médians, sorte d'hygromas, qui siègeraient l'un dans la bourse séreuse préthyroïdienne, l'autre dans la bourse séreuse thyrohyoïdienne, laquelle, ainsi qu'on le sait, se prolonge en

1. *Dict. encyclop. des sciences médicales*: bourses séreuses.

2. *Dict. de médecine et de chir. pratiques*: bourses séreuses.

3. *Traité d'anatomie topographique*.

4. *Loc. cit.*

5. T. V. 1876.

arrière de l'os hyoïde, entre celui-ci et la membrane thyro-hyoïdienne. Les kystes préthyroïdiens paraissent assez rares; je crois cependant en avoir observé un exemple ou du moins il s'agissait d'un hygroma enflammé et suppuré. La tumeur exactement située sur le milieu du cartilage thyroïde faisait corps avec celui-ci. »

Résumé anatomique. — Nous pouvons résumer cette première partie de notre travail, en disant qu'il existe bien réellement une bourse séreuse préthyroïdienne. Si cette bourse est relativement assez rare chez la femme, elle est beaucoup plus fréquente chez l'homme adulte et se remarque d'une façon presque constante chez le vieillard. Elle répond à l'angle saillant du cartilage thyroïde. Quoi qu'en dise Corson (1), elle peut parfaitement se prolonger sous les muscles sterno-hyoïdiens, comme nous l'avons constaté dans bon nombre de cas. Elle ne se confond pas, comme le dit Sappey, avec la bourse séreuse de Boyer, dont elle est tout à fait indépendante. Sa face profonde adhère toujours d'une façon très intime au cartilage thyroïde.

Que dès la naissance cette bourse puisse exister d'une façon parfaite, comme le disent Béchard et Sappey, c'est possible, mais nous croyons plutôt qu'elle est précédée d'abord par un état lacunaire qui existe toujours chez les sujets très maigres et chez ceux à

1. *Loc. cit.*

Pomme d'Adam très saillante, mais que l'on peut rencontrer aussi chez d'autres individus. De cet état lacunaire à une véritable bourse séreuse il n'y a qu'un pas (Verneuil), et ce pas est franchi, nous l'avons vu, dans la moitié des cas.

DEUXIÈME PARTIE

1. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Si, dans la première partie de ce travail, nous nous sommes efforcé de démontrer, par des considérations un peu longues peut-être, l'existence de la bourse séreuse préthyroïdienne, c'est surtout afin de mieux pouvoir faire l'histoire des affections auxquelles elle donne lieu.

Qui dit bourse séreuse dit hygroma possible, et cet épanchement peut s'enflammer et suppurer.

Nous avons vu qu'un certain nombre d'auteurs classiques, sans faire l'histoire complète de la bourse préthyroïdienne, admettaient cependant son existence ou la possibilité de sa formation en avant de l'angle saillant du cartilage thyroïde. Mais, dans les travaux qu'ils ont publiés, on ne rencontre pas une seule observation de tumeur ayant eu cette cavité pour point de départ. Verneuil écrit bien que des tumeurs liquides *pourraient se former* dans la bourse sous-cutanée décrite par Béclard, mais il n'en parle pas davantage. Vidal (1) prononce le mot de

1. *Traité de Path. Ext.*, 1855. T. III, p. 661.

kyste thyroïdien, et nous lisons en effet dans cet auteur: «.... La bourse muqueuse thyroïdienne dont le développement peut simuler le goître ». Mais, avec M. le professeur Verneuil, nous sommes peu disposé à accepter une assertion aussi vague ; il faudrait une observation circonstanciée et non un simple dire. Cependant dans les archives de 1853, on rapporte l'observation d'un malade présenté par Larrey à la Société de chirurgie, et qui portait au niveau de l'angle du cartilage thyroïde une tumeur ayant tous les caractères d'un kyste séreux et qui parvint au volume d'un œuf de poule.

A part ces quelques lignes, il faut arriver jusqu'à 1875 pour en rencontrer quelques cas publiés par MM. Affre (1), Corson, et par Follin et Duplay dans leur *Traité de Pathologie externe*.

Si les auteurs ont gardé sur cette question un silence presque complet ce n'est point que la région qui nous occupe ait été l'objet de leur négligence. Loin de là, et dans ces derniers temps surtout, il a paru sur les tumeurs du cou une quantité considérable de travaux originaux. Mais un courant d'opinions qui se fait sentir aussi bien à l'étranger que chez nous, tend à rattacher le plus grand nombre de ces tumeurs à une origine congénitale. En outre, comme la bourse préthyroïdienne existe principalement chez les hommes, c'est surtout chez eux que l'on doit rencontrer l'hygroma. Or, comme ce processus

1. *Loc. cit.*

morbide, tant qu'il n'y a point de travail inflammatoire, est tout à fait indolore, et comme, moins que les femmes, ils se préoccupent de l'aspect disgracieux qu'une petite tumeur de ce genre peut leur donner, les choses passent le plus souvent inaperçues ; « cela ne me gênait pas, disait un malade ; c'était tout petit, je ne m'en occupais point. »

Afin de mieux pouvoir établir les signes sur lesquels on s'appuiera pour reconnaître cette affection et la distinguer des autres tumeurs que l'on rencontre fréquemment en la même région, nous rapporterons maintenant quelques observations de cet hygroma préthyroïdien, et, en premier lieu, une observation personnelle recueillie dans le service de notre maître, M. le D^r Leprévost, chirurgien de l'hospice général du Havre.

Hygroma préthyroïdien suppuré.

OBSERVATION I (personnelle).

Le nommé X..., âgé de 49 ans, chauffeur, entre à l'Hospice général du Havre, salle Saint-Gabriel, le 22 avril 1891, avec le désir de se débarrasser d'une petite tumeur qu'il porte au cou, dont il n'a jamais souffert, mais dont la présence l'inquiète.

Cet homme, dont le père est mort de fluxion de poitrine dans un âge avancé, dont la mère est morte alors qu'il était en bas-âge, ne s'est jamais alité qu'une fois, pour un rhumatisme articulaire aigu de l'épaule gauche. Il affirme être indemne de toute affection vénérienne, et un examen minutieux ne fait découvrir chez lui au-

cune trace de syphilis. Il n'a pas maigri et se considérerait comme très-bien portant, n'était la tumeur qu'il porte sur la face antérieure du cou.

Cette tumeur du volume d'un œuf de pigeon est située, sur la ligne médiane, en avant du cartilage thyroïde dont elle masque la saillie, à un centimètre environ de l'os hyoïde et du cartilage cricoïde. Un sillon vertical la divise en deux parties, dont l'une, la droite, est un peu plus volumineuse. Elle suit les mouvements d'abaissement et d'élévation du larynx, et ne peut être mobilisée sur le thyroïde avec lequel elle semble faire corps. Elle est rénitente et obscurément fluctuante. A sa surface, la peau est parfaitement saine. Il n'existe pas d'engorgement ganglionnaire dans le voisinage. Une ponction antiseptiquement pratiquée avec la seringue de Pravaz, donne quelques gouttes de liquide séro-purulent.

Le malade s'est aperçu de l'existence de sa tumeur deux mois seulement avant son entrée à l'hôpital. Elle se serait développée, suivant lui, à la suite d'un mal de gorge très-douloureux, pour lequel X... n'a pas gardé le repos, et elle aurait peu à peu augmenté de volume sans jamais occasionner de gêne ni de douleur.

Le 25 avril, le deuxième jour après la ponction exploratrice, M. le Dr Leprévost fut surpris de constater, sur toute la face antérieure du cou, l'existence d'une rougeur diffuse et d'un peu de gonflement œdémateux ; de plus le malade avait un peu de fièvre, et se plaignait de légers frissons. Craignant que la ponction, pourtant faite avec les précautions ordinaires, n'eût amené l'extravasation d'un peu de pus dans le tissu cellulaire du cou, et, en présence de cette menace de phlegmon, M. Leprévost résolut d'opérer le malade séance tenante.

Opération. — Le malade est chloroformé. Une incision est pratiquée sur la ligne médiane, partant de l'os hyoïde et débordant

inférieurement le cartilage cricoïde d'un centimètre environ. Le bord interne des sterno-hyoïdiens étant récliné légèrement, la tumeur apparaît sous l'aspect d'une poche jaunâtre qui est incisée dans toute sa hauteur, et donne issue à deux cuillerées à bouche d'un liquide séro-purulent.

Le doigt introduit dans la cavité rencontre la face antérieure du cartilage thyroïde qui n'est dénudé en aucun point. La poche s'étend plus à droite qu'à gauche. Elle s'insinue au-dessous des muscles sterno-hyoïdiens et déborde en haut le cartilage thyroïde, mais sans pénétrer derrière l'os hyoïde, que le doigt explorateur ne peut toucher. Il ne s'agit donc pas d'un hygroma de la bourse de Boyer.

La cavité est lisse de toutes parts. M. le Dr Leprévost essaie vainement d'en disséquer les parois, il ne peut en exciser qu'une faible partie sur la ligne médiane ; sur les côtés elles se confondent intimement avec la face postérieure des muscles. Une curette est alors introduite, puis il est procédé à un râclage qui fournit un peu de matière pulpeuse, et donne lieu à un écoulement sanguin assez abondant.

Pour y mettre un terme, M. Leprévost introduit dans la cavité une éponge imbibée d'une solution de sublimé et enveloppée de gaze iodoformée. Cette éponge est laissée dans la plaie, et l'on fait par dessus un pansement antiseptique.

Les jours suivants la température s'est abaissée et est redevenue normale.

Le 3 mai. — (1^{er} pansement). La rougeur et la tuméfaction du cou ont complètement disparu. M. Leprévost enlève l'éponge et se contente d'exercer sur les parois de la poche une légère compression.

Le 8 mai. — La cavité s'est en partie comblée par l'accolement de ses parois. Pourtant sur la ligne médiane, il persiste un trajet conduisant sur le cartilage thyroïde et pouvant recevoir l'extré-

mité du doigt. Cautérisation au nitrate d'argent répétée les jours suivants.

Malgré cela la cicatrisation ne se fait point, l'orifice menace de rester fistuleux.

Le 30 mai. — Une petite éponge imbibée d'éther iodoformé est introduite dans le trajet et y est maintenue à demeure. On procède au pansement quotidien sans enlever l'éponge, qui, chassée chaque jour davantage hors du trajet dont le fond bourgeonne, est excisée au fur et à mesure.

Le 9 juin. — Il ne reste plus qu'une plaie linéaire à la surface de laquelle une croûte s'est formée, croûte qui comprend les derniers débris de l'éponge.

Le 12 juin. — Le malade est guéri, il quitte l'hôpital.

Le 4 octobre. — Nous avons l'occasion de revoir le malade, et nous constatons que la guérison s'est maintenue. La cicatrice est à peine visible.

OBSERVATION II (1).

Au commencement de l'année 1876 (mars), entré dans le service de M. Guyon, salle Saint-André, n° 29, le nommé X..., âgé de 53 ans.

Cet homme est de haute taille, à saillies osseuses fortement prononcées, bien musclé, mais maigre ; X... est venu consulter pour une tumeur de la région cervicale antérieure. On l'a décidé à entrer à l'hôpital.

Interrogé sur ses antécédents, le malade fournit les renseignements suivants : Depuis plusieurs mois, dit-il, il existait une petite grosseur au niveau de « l'angle » ; elle était indolente,

1. Corson, *loc. cit.*, page 20.

elle roulait sous la peau qui n'était nullement rouge; « cela ne valait pas la peine de s'en occuper ».

Etat actuel : sur la ligne médiane antérieure du cou, au niveau de l'angle du thyroïde, existe une tumeur du volume d'une noix environ. La peau qui la recouvre est saine à la périphérie, mais vascularisée au centre, rien d'anormal dans le reste de la circulation veineuse cervicale. Par le palper on précise les limites de cette tumeur, ses connexions et sa consistance. La rénitence est très marquée, on la perçoit surtout au centre et d'avant en arrière, ce qui s'explique et par la minceur plus grande des parties molles à ce niveau et par ce fait que le larynx offre un plan résistant et fixe dans la pression antéro-postérieure, mais mobile quand le doigt explore latéralement.

La tumeur est parfaitement lisse, sans bosselure aucune; elle ne présente autour d'elle aucun cercle induré et ne se continue avec aucun cordon appréciable, soit vers la thyroïde, soit vers les parties laryngiennes latérales. Lorsqu'on cherche à la déplacer, on constate qu'elle n'adhère qu'incomplètement, et seulement à son point le plus culminant, à la couche cutanée. Par contre, elle semble faire corps avec le thyroïde dont elle suit les divers mouvements pendant la déglutition et la respiration. Cependant, quand on fixe le thyroïde en le prenant entre les doigts et quand on cherche en même temps à déplacer la tumeur, on constate qu'elle jouit d'une certaine mobilité, peu étendue sans doute, mais indéniable.

L'état général n'est pas très satisfaisant. Le malade a de la bronchite chronique; les sommets toutefois sont indemnes; en revanche la voix est légèrement voilée; le malade prétend qu'il a toujours parlé ainsi depuis 1860, époque à laquelle il aurait eu de l'aponie à la suite d'un refroidissement.

Le diagnostic porté par M. Guyon fut hygroma préthyroïdien enflammé.

Le traitement consista en une application centrale d'un petit cautère avec la pâte de Vienne.

Au sixième jour, l'eschare produite commence à se détacher et laisse suinter un liquide séro-purulent. Le stylet introduit au fond de la poche ne rencontre nulle part le cartilage à nu.

Au dixième jour l'eschare tomba, laissant apercevoir une cavité régulière pouvant contenir une noisette environ et sans trace, bien sensible de bourgeonnement. On cautérise avec le crayon de nitrate d'argent; pansement à plat. A partir de cette époque la cavité alla peu à peu en se comblant, mais avec lenteur, et ce ne fut qu'au bout de sept semaines que la guérison complète fut obtenue. Il ne restait plus à ce moment qu'un nodule dur d'un volume équivalent à celui d'un petit pois.

OBSERVATION III (1)

Le 1^{er} avril 1877, entrant au n° 27 de la salle Saint-André, à Necker, dans le service de M. Guyon, le nommé L..., âgé de 33 ans.

Cet homme est grand, assez maigre; son squelette et ses muscles sont fortement développés.

Les renseignements qu'il fournit sur son affection actuelle sont les suivants: il y a un mois, développement, sans cause connue, d'une petite grosseur non douloureuse, sur la ligne médiane du cou, au niveau de l'angle du thyroïde. Le malade ignore si elle datait en réalité de plus longtemps. Depuis huit jours elle a augmenté rapidement de volume au point d'atteindre celui d'une pomme d'api qu'elle présente aujourd'hui, 1^{er} avril.

Elat actuel. — Tumeur du volume indiqué, de forme bien hé-

1. Corson, *loc. cit.*, p. 21.

mispérique, coiffant l'angle du thyroïde qu'elle accompagne dans les divers mouvements de déglutition et de respiration ; à son niveau la peau est rouge, tendue, luisante et manifestement amincie. Il n'existe aucun point noir pouvant faire pencher le diagnostic vers une tumeur sébacée.

Le palper montre qu'il s'agit d'une collection fluctuante, nettement limitée, sans induration périphérique, sans prolongement quelconque, mais adhérente au thyroïde.

Les antécédents du malade méritent attention. A 16 ou 17 ans, L... a eu un chancre induré suivi de roséole ; depuis lors aucun accident syphilitique n'aurait apparu ; la voix est toujours restée pure et elle l'est encore actuellement.

Du reste, sauf une légère douleur survenue depuis trois ou quatre jours, il n'existe aucun symptôme fonctionnel, soit à la respiration, soit à la phonation, soit à la déglutition.

Diagnostic. — Hygroma suppuré préthyroïdien.

4 avril. — Application d'un petit cautère à la potasse caustique.

7 avril. — L'eschare se soulève partiellement. Issue d'un liquide muqueux, d'aspect louche et sanieux, dont la quantité peut être évaluée à un verre à liqueur.

11 avril. — Le malade quitte l'hôpital sur sa demande. La tumeur s'est affaissée, mais il reste, outre la perte de substance produite par l'eschare, une cavité anfractueuse et peu végétante.

OBSERVATION IV (1).

Hôpital Lariboisière, salle Sainte-Jeanne, service de M. Tillaux.

La nommée Marie T..., âgée de 49 ans, frangeuse, est entrée à l'hôpital le 30 mars 1875.

1. Affre, *Loc. cit.*, p. 40.

Cette dame a eu, il y a cinq semaines, une adénite sous-maxillaire gauche qui s'est terminée par résolution. En même temps elle a une grosseur du côté droit, qui a suppuré et s'est ouverte spontanément le jour de son entrée.

Le jour de l'examen elle porte les traces de cette ouverture et le petit orifice par où le pus s'écoule ; mais il y a plus : sur la ligne médiane à la partie supérieure de la région hyoïdienne, au-devant de la partie saillante du cartilage thyroïde, existe une petite tumeur, qui présente les caractères suivants : elle est arrondie, lisse, fluctuante, adhérente aux parties profondes comme le prouve son ascension avec le larynx dans la déglutition ; la peau au-dessus d'elle est rouge, épaissie, adhérente. Il y a de la douleur à la pression : la malade ne ressent que de la gêne et pas de douleur spontanée.

Interrogée sur le début et l'origine de cette tumeur, la malade affirme ne s'en être aperçue que samedi dernier, il y a cinq jours ; elle avait alors le volume d'une noisette ; depuis elle a constamment augmenté pour atteindre, toujours sans beaucoup de douleur, la grosseur d'un petit œuf de pigeon qu'elle présente aujourd'hui.

Comme, au point où se trouve cette tumeur enflammée, existe une bourse séreuse, il est évident que ce ne peut être qu'un hygroma aigu de la bourse préthyroïdienne, peut-être consécutif à l'adénite même. Une fois formé, le pus aurait, en partie, fusé à droite dans la direction de la grande corne de l'os hyoïde pour venir s'ouvrir au point où il existe un orifice.

3 avril. — M. Tillaux y passe un séton filiforme.

8 mai. — La malade sort guérie.

OBSERVATION V (1).

Nous citons de nouveau les quelques lignes qui suivent et que nous avons relevées dans la *Pathologie externe* de Follin et Duplay.

« Les *Kystes préthyroïdiens* paraissent assez rares ; je crois cependant en avoir observé un exemple, ou du moins il s'agissait d'un hygroma enflammé et suppuré. La tumeur exactement située sur le milieu du cartilage thyroïde faisait corps avec celui-ci. Après son ouverture il s'est écoulé un liquide séro-purulent, et on put constater l'intégrité du cartilage sous-jacent, ce que confirma du reste la guérison prompte du malade. »

1. *Traité élémentaire de Path. ext. de Follin et Duplay*, T. V. fascicule 1, p. 156.

II. — SIÈGE ET NATURE DE L'HYGROMA PRÉTHYROÏDIEN

Les observations qui précèdent pourraient suffire à faire de l'hygroma préthyroïdien une tumeur bien définie et présentant un caractère propre ; cependant les avis sont très partagés lorsqu'il s'agit d'assigner aux kystes du cou un origine bien déterminée.

D'une façon générale l'on est autorisé à dire que les kystes à contenu séreux ou muqueux peuvent se développer dans des cavités naturelles appartenant aux séreuses, ou dans des cavités glandulaires ; qu'enfin ils naissent parfois de toutes pièces, c'est-à-dire que les conditions déterminantes de leur formation existaient dès la vie intra-utérine et que leur pathogénie se rattache à un trouble du développement. Cette dernière opinion qui ferait de ces kystes des affections congénitales est celle qui tend à prévaloir aujourd'hui.

Avant de discuter ces diverses opinions, nous croyons devoir indiquer quelques caractères principaux de l'hygroma préthyroïdien, anticipant ainsi sur ce que nous aurons à en dire plus loin dans la symptomatologie.

La tumeur apparaît directement en avant de l'angle saillant du cartilage thyroïde ; le plus ordinaire-

ment située sur la ligne médiane, elle peut, dans certains cas, siéger un peu sur le côté, comme nous l'avons observé chez le malade de l'observation I ; elle s'est toujours développée — du moins dans les faits que nous connaissons — sans déterminer le moindre phénomène de compression du côté du larynx ; son ouverture spontanée ou provoquée n'a jamais laissé après elle une fistule permanente, comme après l'incision d'un grand nombre de kystes thyroïdiens.

I. — Un kyste se développant dans la bourse séreuse préthyroïdienne apparaîtra évidemment au siège indiqué. C'est toujours au niveau de l'angle le plus saillant du cartilage qu'il se montrera. Affre s'appuie sur ce point pour distinguer l'une de l'autre les deux variétés de kystes : thyroïdiens et préthyroïdiens ; la confusion, dit-il, n'est pas possible, « la tumeur qui se développe dans la bourse de Béclard siège non plus dans l'espace compris entre l'os hyoïde et le bord supérieur du cartilage thyroïde, mais bien au niveau de la partie la plus saillante de ce cartilage. » Cependant on ne saurait s'étonner de la position un peu latérale qu'a semblé affecter quelquefois la tumeur. Les brides celluleuses qui au début partageaient sa cavité peuvent avoir persisté plus longtemps, ou former un lacis plus solide d'un côté que de l'autre.

A ce caractère qu'offre le kyste d'être toujours placé au niveau de la Pomme d'Adam, s'en ajoute un autre, c'est que sa cavité n'offre point de prolon-

gement se dirigeant vers la face postérieure de l'os hyoïde, comme la chose se constate toujours dans les kystes thyro-hyoïdiens. Et c'est grâce à ce prolongement que l'opération de ces dernières tumeurs est presque constamment suivie de la persistance d'un trajet fistuleux dû aux mouvements si fréquents de l'os hyoïde et des parties qui lui sont unies, mouvements qui rendent impossible l'accolement de parois aussi mobiles et qui rompent bientôt les adhérences qu'on cherche à établir en provoquant une inflammation.

II. — On ne saurait admettre pour l'hygroma pré-thyroïdien une origine glandulaire, car il n'existe pas à ce niveau de glandes pouvant donner naissance à une tumeur de ce genre.

Tout au plus pourrait-on concevoir le développement possible à ce niveau d'un kyste de cette nature, qui se serait formé dans le prolongement de la glande thyroïdienne. M. Verneuil a admis cette origine pour un kyste qui siégeait sur la ligne médiane, entre l'os hyoïde et l'angle du cartilage thyroïde.

III. — Dans ces dernières années, un grand nombre d'auteurs, et tout récemment M. le professeur Lannelongue, ont cherché à établir que le plus grand nombre de ces tumeurs kystiques du cou étaient d'origine congénitale. Et il n'est pas nécessaire, dit M. Lannelongue (1), que la tumeur existe à la nais-

1. Lannelongue et Achard, *Traité des kystes congénitaux*.

sance pour revêtir ce caractère, elle peut ne se montrer qu'à un âge beaucoup plus avancé, sans qu'on soit obligé pour cela de lui attribuer une autre pathogénie.

En effet, les éléments nécessaires à leur production existaient pour ainsi dire en germe et à l'état latent dès la naissance, et plus tôt même, dès la vie embryonnaire, jusqu'à ce qu'une cause quelconque soit venue déterminer ou activer leur développement.

Nous ne contesterons certainement pas ce mode de formation possible d'un grand nombre de kystes du cou, nous croyons même très-volontiers que dans la majorité des cas il faut faire remonter ces affections à une origine embryonnaire, mais nous essaierons cependant d'établir que l'hygroma préthyroïdien n'est pas un kyste congénital. Nous croyons que le point de départ de cette tumeur doit être envisagé d'une façon beaucoup plus simple. Au reste nous avons déjà indiqué plus haut par quel processus anatomique se formait la bourse séreuse dont nous étudions l'état pathologique.

La raréfaction progressive du tissu cellulaire existant normalement en avant du cartilage thyroïde, aboutit à la formation d'une cavité dont l'enveloppe est fibreuse, mince, plus ou moins lisse intérieurement. Tel n'est point l'aspect des parois d'un kyste congénital, dermoïde ou mucoïde par exemple. Ici, outre la complexité des loges, on trouve une paroi bien différente tant au point de vue de son aspect

extérieur qu'à celui de sa structure. A ce propos nous pouvons citer presque textuellement M. le professeur Lannelongue (1). « Sa surface interne rappelle ordinairement l'aspect de la peau ou plutôt celui d'une muqueuse ; tantôt elle est lisse, unie, à reflets nacrés, tantôt blanchâtre et comparable à la muqueuse préputiale ; d'autres fois elle est inégale, tomenteuse, et rappelle la muqueuse de l'estomac ou même une vessie à colonnes.

« L'épaisseur de la paroi n'est pas moins variable que son aspect extérieur. Tantôt elle est mince et souple, tantôt consistante et épaisse de plusieurs millimètres.... Parfois elle est le siège d'une calcification plus ou moins étendue.... En outre, on y remarque des points irrégulièrement épaissis au niveau, desquels la structure se rapproche de la peau normale. C'est au niveau de ces points par exemple, qu'on trouvera des poils, des glandes sudoripares, des papilles, toutes substances pouvant faire partie de la structure de cette paroi, alors que dans le reste de la poche on ne trouvera qu'une paroi conjonctive simplement revêtue par un épithélium aplati.

Nous regrettons beaucoup que l'examen histologique n'ait pas été fait sur un lambeau de la paroi du kyste qui fait l'objet de notre observation personnelle, mais nous pouvons tout au moins affirmer que l'examen macroscopique de cette poche n'a rien

1. *Loc. cit.*

présenté d'analogie à ce que décrit M. le professeur Lannelongue.

La différence assez notable qui existe, au point de vue de leur membrane d'enveloppe, entre les kystes dermoïdes et l'hygroma préthyroïdien est encore bien plus marquée lorsque l'on étudie le contenu des deux tumeurs. Dans les affections dermoïdes congénitales, on peut rencontrer les substances les plus variées. « Il peut y avoir des dents, des fragments osseux libres dans la poche, des débris de parois, des lambeaux cutanés avec poils et glandes qui se sont détachés » (Lebert cité par Lannelongue). Ces divers produits, quand ils existent, sont mêlés plus ou moins intimement à de la matière sébacée qui forme le contenu ordinaire de ces kystes. Rien d'analogue ne se rencontre dans l'hygroma préthyroïdien. Il est vrai que chez tous les malades dont l'histoire est rapportée plus haut, la tumeur était suppurée, qu'aucune ponction exploratrice n'ayant été faite chez eux avant le début du travail inflammatoire, on ne sait rien ni de la couleur, ni de la consistance du liquide. Mais quoi qu'il en soit, dans aucun des cas, il n'a été observé de substances semblables à celles que renferment ordinairement les kystes congénitaux.

A ces remarques que nous croyons d'un grand poids pour la démonstration que nous voulons établir, nous pouvons ajouter que si l'on passe en revue les kystes dermoïdes que leur siège superficiel rend accessibles à l'exploration, l'on voit qu'un

grand nombre d'entre eux existent dès la naissance et que la plupart des autres se révèlent dans le jeune âge. Nous avons déjà dit plus haut que le fait du développement du kyste à un âge avancé ne constituait pas une preuve suffisante pour rejeter l'origine congénitale, mais il n'en est pas moins vrai qu'en parcourant la statistique de M. Lannelongue, on constate que sur un relevé de 26 cas, une seule fois la tumeur s'est développée après 20 ans, que tous les autres petits malades venaient de naître ou étaient très jeunes. Quant à ce qui concerne l'hygroma préthyroïdien, et nos dissections et les cas cités plus haut viennent confirmer notre dire, il ne se produit au contraire le plus souvent qu'après cet âge. Sans être autorisé à tirer de ceci une conclusion bien solide, on ne peut cependant s'empêcher de remarquer une différence notable dans l'époque à laquelle apparaissent habituellement ces deux genres d'affections.

Faisons encore remarquer en passant, que l'hygroma préthyroïdien est toujours essentiellement médian, qu'il peut tout au plus s'incliner un peu sur l'une des faces latérales du cartilage, tandis que l'on voit des kystes dermoïdes se développer en n'importe quelle partie du cou.

Nous avons suffisamment insisté sur les raisons qui nous semblent peu favorables à l'opinion tendant à faire de l'hygroma préthyroïdien une affection congénitale. Nous ne saurions cependant leur refuser cette origine d'une façon absolue, car, nous

venons de le dire, une tumeur congénitale pourrait aussi bien se développer en avant de la pomme d'Adam qu'en tout autre point de la région. Nous avons simplement voulu établir que telle n'est point la pathogénie de cette affection dans le plus grand nombre des cas.

III. — SYMPTOMATOLOGIE

L'hygroma préthyroïdien siège à la partie supérieure du cou, en avant de l'angle saillant du cartilage thyroïde. Il est toujours exactement placé sur la ligne médiane, il pourrait cependant se trouver un peu en dehors d'elle.

Il se présente sous la forme d'une tumeur arrondie d'un volume variable depuis celui d'une petite noisette jusqu'à celui d'une mandarine.

La peau à son niveau est ordinairement saine ; son aspect n'offre aucune différence notable avec celle des régions voisines quand il n'y a pas de travail inflammatoire. Dans ce cas elle est rouge, très vascularisée, chaude et amincie comme chez les deux malades opérés par M. le professeur Guyon et cités par Corson (1). Elle glisse facilement sur la tumeur à laquelle elle ne semble pas fixée.

La palpation pratiquée avant que le kyste ne se soit enflammé n'est nullement douloureuse.

La fluctuation est généralement évidente, et la rénitence facile à constater. L'adhérence aux parties profondes est la règle, la tumeur est alors fixée d'une manière étroite dans la situation qu'elle occupe et

1. *Loc. cit.*

dont il est difficile de l'écarter, comme la chose se passait chez le malade de l'observation I. Si l'on saisit la tumeur entre les doigts on s'aperçoit qu'il est impossible de la déplacer. En outre, à sa base, on ne constate aucune induration, signe que l'on rencontre fréquemment dans les abcès froids.

En raison de son adhérence aux parties profondes, l'hygroma préthyroïdien participe à tous les mouvements du larynx, montant et descendant avec lui pendant l'acte de la déglutition qui n'est, au reste, nullement influencée par la présence de la tumeur.

Il n'existe pas d'avantage de trouble à la respiration ou à la phonation. On n'a jamais constaté aucun phénomène dyspnéique, non plus qu'aucune compression vasculaire ou nerveuse. Le processus morbide est donc nettement superficiel.

Corson fait remarquer que l'épaisseur de la paroi peut être très variable, qu'elle est parfois considérable, mais cette induration n'infirmé en rien le diagnostic de l'hygroma. Elle indique tout simplement qu'on se trouve en face d'une affection déjà ancienne.

IV. — DIAGNOSTIC

On peut rencontrer à la région préthyroïdienne comme dans toutes les autres, les tumeurs les plus diverses. Nous n'insisterons pas sur le diagnostic un peu banal de ces affections communes à tous les points de l'économie. Nous nous arrêterons surtout à celles qui se rapprochent plus particulièrement, par leur siège et leur disposition, des kystes qui sont l'objet spécial de cette étude.

Il nous est donné d'observer en avant du cartilage thyroïde comme partout ailleurs, des loupes, des lipômes, des kystes dermoïdes.

Les *lipômes* se reconnaîtront à la sensation de mollesse spéciale qu'ils fournissent à la main qui les palpe. On ne confondra pas la fausse fluctuation que l'on peut rencontrer avec la véritable fluctuation des kystes.

Les *loupes* ont une consistance plus dure, plus pâteuse que les lipômes. Quelquefois, sur le sommet de la tumeur, il sera possible de découvrir un petit point noir représentant l'orifice de la glande distendue et qui parfois est suffisant pour laisser sortir une partie du contenu.

Nous avons suffisamment insisté sur les *kystes dermoïdes* pour pouvoir passer ici un peu rapide-

ment sur leurs caractères. La fluctuation qu'on y détermine est bien moins nette que celle des kystes liquides. De plus, une palpation attentive découvre dans leur profondeur une agglomération de corps durs qui établit de grandes différences dans la résistance des divers points et indique le peu d'homogénéité de leur contenu.

Les *abcès aigus* de la région thyroïdienne seront, par leur marche, facilement distingués des kystes; il en sera de même des abcès ganglionnaires du voisinage dont le processus n'est pas tout à fait chronique.

Pendant longtemps, on a confondu dans les mêmes descriptions, les kystes développés dans la bourse préthyroïdienne avec les *kystes thyro-hyoïdiens*. On reconnaîtra aisément ces derniers à leur siège exactement situé entre l'os kyoïde et le cartilage thyroïde, tandis que l'hygroma de la bourse de Béclard est toujours placé immédiatement en avant de l'angle du cartilage, ne s'étendant jamais que très faiblement au-dessus de lui. Cependant on doit admettre que la confusion pourrait devenir possible, si l'hygroma préthyroïdien étant suppuré, le pus venait à fuser vers l'os hyoïde, après avoir détruit la membrane fibreuse qui sépare la bourse préthyroïdienne de la bourse de Boyer.

Ajoutons, que d'après M. Verneuil, le siège plus profond des kystes thyro-hyoïdiens et leur fixité aux parties sous-jacentes, seront autant d'éléments de distinction. Les phénomènes de compression, observés dans un certain nombre de cas, seraient

une nouvelle raison, si on les rencontrait, pour rejeter l'idée de kyste préthyroïdien.

Le diagnostic différentiel avec l'*abcès froid* est certainement un des plus ardues. On peut en effet observer beaucoup de symptômes communs : marche insidieuse, fluctuation, absence de douleur, rougeur modérée, surtout si ces phénomènes se remarquent chez un individu dont l'appareil pulmonaire était déjà malade. L'on écartera ce diagnostic, si l'on ne constate point de cercle induré à la base de la tumeur, s'il y a indolence des cartilages, si enfin la respiration est libre. Nous pouvons de plus ajouter que, d'après M. le professeur Peter (1), les collections purulentes déterminées par la nécrose ou la carie des cartilages laryngiens se montrent surtout sur les parties latérales.

Il est encore d'autres affections qui ont avec les kystes dont nous nous occupons un caractère commun, ce sont les *tumeurs du corps thyroïde*. Comme eux elles suivent le larynx dans ses mouvements d'élévation et d'abaissement. Mais un examen attentif fera toujours reconnaître que le siège de la lésion est bien au-dessous de la Pomme d'Adam. L'erreur ne serait possible que dans le cas où un kyste se serait développé très haut dans un prolongement de la pyramide de Lalouette. Mais ici encore le diagnostic pourrait peut-être se faire, parce que d'abord, comme ce n'est que très exceptionnelle-

1. Dict. Encyclopédique. Art. *Laryngite*.

ment que la pyramide de Lalouette occupe la ligne médiane, la tumeur offrira une certaine forme asymétrique qui éveillera l'attention. De plus, et c'est là le fait capital, le kyste sera absolument mobile sur le cartilage, au lieu de lui être rattaché par une implantation plus ou moins solide.

Enfin, un examen histologique du liquide du kyste sera indispensable pour que l'on puisse être renseigné sur les éléments cellulaires qu'il contient. Chaque fois donc que se poseront les problèmes de diagnostic que nous venons d'énumérer, il sera très utile de pratiquer une ponction exploratrice de la tumeur.

V. — PRONOSTIC

L'hygroma préthyroïdien est une affection essentiellement bénigne ; il n'a d'autre inconvénient que la difformité qui en est la conséquence. Comme il est généralement peu volumineux cette difformité est bien minime. Dans aucun cas la tumeur n'a exercé des phénomènes de compression du côté du larynx.

Peut-on craindre que, par suite des rapports intimes du kyste enflammé avec le cartilage, il se développe dans celui-ci une périchondrite par propagation ? La chose est possible, mais jusque maintenant rien de semblable n'a été observé.

Il faut redouter encore une autre complication, bien qu'elle ne soit notée dans aucun des cas rapportés jusqu'aujourd'hui, c'est la diffusion du pus dans le tissu cellulaire environnant qui déterminerait un phlegmon du cou. Mais ce phlegmon dont le siège serait immédiatement sous-cutané n'offrirait pas une gravité exceptionnelle.

Après l'incision, si l'on a soin d'exercer de chaque côté une compression légère, il n'y a pas tant lieu de craindre ici, comme avec les kystes thyro-hyoïdiens, la persistance d'un trajet fistuleux donnant lieu à un

écoulement très désagréable. Cependant l'on comprendra que cette fistule pourrait néanmoins facilement se produire à cause du bourgeonnement nécessairement peu actif qui se fait au niveau du cartilage tapissant le fond de la plaie.

VI. — ÉTIOLOGIE

Les causes déterminantes de cette affection sont tout à fait inconnues ; il n'y a que des hypothèses à faire. L'on sait, qu'à mesure que l'on avance en âge, soit par suite d'un accroissement de volume du cartilage lui-même, soit par suite de la raréfaction du tissu adipeux qui l'entoure, la Pomme d'Adam devient de plus en plus saillante ; peut-être est-il permis de voir dans les frottements plus directs qui s'établissent alors entre cette saillie et la peau, une des causes les plus probantes du développement de cette tumeur.

En second lieu, il est un point qu'il eût été très intéressant de mettre en lumière, et sur lequel nos recherches n'ont pu porter, ce serait de faire une étude comparative du développement du larynx et surtout de la pomme d'Adam chez les crieurs publics et chez les chanteurs. Il serait curieux, en effet, de savoir, et *a priori* la chose nous paraît devoir se passer ainsi, si l'angle du cartilage thyroïde fait en réalité une saillie plus considérable chez les individus de cette profession. En outre, tous les cas d'hygromas préthyroïdiens que nous avons rapportés étaient suppurés. Quelle cause doit-on faire intervenir pour expliquer cette suppuration ? Evidem-

ment, à part l'observation I où la ponction à la seringue de Pravaz, quoique antiseptiquement faite, peut fournir une explication suffisante, dans aucun cas, les germes ne paraissent avoir été apportés de l'extérieur par une manœuvre intempestive quelconque. Ne serait-on pas autorisé à admettre ici la théorie qui raisonne cette suppuration des hygromas en disant qu'elle est due à une lymphangite de voisinage? Quelle région, en effet, est le plus souvent le siège de furoncles, de petits abcès sébacés, d'érythèmes superficiels ou de glandes enflammées! Une lésion du pharynx ou du larynx peut encore agir dans le même sens. Notre malade de l'observation I, nous l'avons vu, avait eu un mal de gorge très violent. Nous nous trouvons encore, il est vrai, en face d'une hypothèse, mais d'une hypothèse qui serait peut-être assez satisfaisante.

VII. — TRAITEMENT

Les observations de kyste préthyroïdien étant peu nombreuses, les modes de traitement préconisés par les auteurs ne sont pas très variés. Lorsqu'en présence d'une tumeur de ce genre l'on se dispose à intervenir, il est une chose contre laquelle il faut surtout se mettre en garde, c'est la persistance possible d'un trajet fistuleux. Il est vrai que cette fistule a moins de tendance à se produire ici qu'après l'opération des kystes thyro-hyoïdiens, néanmoins, à cause du bourgeonnement peu actif qui se fait dans le fond de la plaie, sur la face même du cartilage thyroïde, il y a lieu de redouter une fistule après l'incision. C'est sans aucun doute parce qu'ils ont craint ce retard dans la cicatrisation, retard dû, nous venons de le dire, à un bourgeonnement trop lent des parois de la poche, que MM. les professeurs Guyon et Tillaux ont préféré les cautères et le séton au bistouri.

Des deux malades de M. Guyon l'un guérit; l'autre sortit prématurément de l'hôpital, de sorte que nous n'avons sur lui que des renseignements incomplets. M. Tillaux obtint également la guérison de son malade, en passant un séton dans la tumeur qu'il portait. Malgré ce succès, il est, croyons-

nous, permis de trouver ce mode de traitement défectueux ; en effet, ainsi que le font remarquer les auteurs du *Compendium de chirurgie*, l'agglutination du séton au niveau des ouvertures empêche l'écoulement du pus et peut déterminer une vive inflammation des tissus voisins.

Nous croyons qu'une bonne méthode serait de se comporter ainsi que l'a fait M. le Dr Leprévost ; et son procédé fut suivi d'une prompte guérison, puisque le malade, opéré le 25 avril, sortit complètement guéri le 12 juin. Une incision pratiquée sur la ligne médiane traverse toute la tumeur suivant son diamètre vertical. La poche est totalement vidée ; on en résèque alors la plus grande partie. Ensuite, pour créer au fond de la cavité une petite surface bourgeonnante, il est nécessaire, croyons-nous, d'y pratiquer un léger curettage. Puis afin que le bourgeonnement se produise bien du fond vers la surface on place dans cette cavité une petite éponge antiseptique. Chaque jour on procèdera au pansement sans enlever celle-ci. Il suffira d'en exciser de temps en temps un petit fragment, à mesure qu'elle sera chassée davantage hors du trajet par le bourgeonnement qui se fait au-dessous. Les bourgeons charnus qui recouvriront bientôt toute la paroi de la poche se dirigeront les uns vers les autres, au travers même des aréoles de l'éponge qui deviendra pour ainsi dire une substance organisée.

CONCLUSIONS

I. — La bourse séreuse préthyroïdienne est d'une existence douteuse chez l'enfant ; elle est relativement rare chez la femme, fréquente chez l'homme adulte, et presque constante chez le vieillard.

II. — La bourse séreuse préthyroïdienne, comme toutes les autres bourses séreuses, peut être le siège d'un hygroma.

III. — Cette tumeur existe bien réellement d'une existence propre et se présente avec un ensemble de caractères qui suffisent pour la différencier des affections congénitales.

IV. — Le plus ordinairement la tumeur s'enflamme et suppure, mais l'hygroma préthyroïdien simple existe sans aucun doute quoiqu'il soit rarement observé.

V. — Le même hygroma aigu et suppuré se présente avec un ensemble de symptômes très nets qui ne permettent pas de le confondre avec les autres tumeurs liquides de la région.

Vu par le Président de la thèse,
GUYON.

Vu par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

